

Tarazona, 17 de octubre de 2015

Reunión de la Sección Vasco-Navarra-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología





Academia Española de
Dermatología y Venereología
Sección Vasco-Navarra-Aragonesa-Riojana

Presidente: Dr. Mariano Ara Martín
Servicio de Dermatología
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza

**Reunión de la Sección Vasco-Navarra-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología**

17 de octubre de 2015
SALA MULTIUSOS (Edificio de la Biblioteca Municipal)
C/ Virgen del Río, TARAZONA (Zaragoza)



Programa



pág.

10:15 h: Entrega de documentación.

10:30 h: Comunicaciones libres. Moderadoras: Dras. Estrella Simal Gil y Nieves Porta Aznárez.

9

CARCINOMA DE CÉLULAS GRANULARES

Isabel Bernad Alonso, Leyre Aguado Gil, Marta Ivars Lleó, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Miguel Ángel Idoate Gastearana. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

10

HIPOPIGMENTACIÓN VITILIGOIDE Y MELANOMA

Anne Barrutia, Jesús Gardeazabal, Xabier Eizaguirre, Salomé Álvarez, Belén Navajas, Marta Rubio, Sara Esteban. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces (Barakaldo).

11

DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A PROPÓLEO: REVISIÓN DE LOS CASOS DURANTE EL PERIODO 2005-2015 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

Oscos Jaime S¹, Hervella Garcés M^{1,2}, Loidi Pascual L¹, Agulló Pérez A¹, Larrea García M^{1,2}, Yanguas Bayona JI¹. Servicio de Dermatología¹. Unidad de Eccema de Contacto². Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra.

12

RICKETTSIA SLOVACA: MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE UNA RICKETTSIOSIS EMERGENTE

Sergio Hernández Ostiz¹, Ruth Solanas Treviño¹, Lucía Prieto Torres¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Laura Pérez Martínez² y Mariano Ara Martín¹. Servicio de Dermatología HCU "Lozano Blesa", Zaragoza¹. Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR)².

13

MELANOMA MALIGNO EN LA INFANCIA. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

L. Blanch Rius, A. Sánchez Díez, C. Sanz de Galdeano Palacio, G. Cancho Galán*, S. Gómez Muga, J. González del Tánago Diago, R. Izu Belloso. Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

14

GRANULOMA FACIAL: RESPUESTA A LÁSER VASCULAR

Marta Mendieta Eckert, José Luis Díaz Ramón, Juan Antonio Ratón Nieto, Elvira Acebo Mariñas, Irati Allende Markixana, Marta Ballesterio Díez. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces.

15

ENFERMEDAD DE MANO-PIE-BOCA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Marcial Álvarez-Salafranca, Lucía Prieto-Torres, Ruth Solanas-Treviño, Sergio Hernández-Ostiz, Ana Luisa Morales-Moya, Mariano Ara-Martín. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza)

FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR

16 Leire Loidi Pascual¹, Mónica Larrea García, Saioa Oscoz Jaime¹, María Antonia Ramos Arroyo², Concepción Llanos Chávarri³, Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicios de Dermatología¹, Genética² y Anatomía Patológica³ del Complejo Hospitalario de Navarra.

PIODERMA GANGRENOSO SUPERFICIAL VULVAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO

17 Adrià Panés Rodríguez¹, María Asunción Arregui Murua¹, Sara Ibarbia Oruezabal¹, Irene Rodríguez Pérez², Paula Gutiérrez Támara¹, Anna Tuneu Valls¹. Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica², Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

FORMACIÓN DE PSEUDOANEURISMOS TRAS LA CIRUGIA MICROGRÁFICA DE MOHS

18 Marta Ivars Lleó, Isabel Bernad Alonso, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Pedro Redondo Bellón. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

ERUPCIÓN CUTÁNEA POLIMORFA ATÍPICA TRAS INFECCIÓN AGUDA POR PARVOVIRUS B19

19 Lucía Prieto Torres¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Sergio Hernandez Ostiz¹, Ruth Solanas Treviño¹, Ana Luisa Morales Moya¹, Francesc Felipo Berlanga², Mariano Ara Martín¹. Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica² del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

NEUMONITIS INTERSTICIAL SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN UN PÉNFIGO VULGAR

20 Begoña Ramos Bareño, Susana Gómez Muga, Silvia Pérez Barrios, Peru Urigoitia Ugalde, Rosa Izu Belloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

12:00-12:30 h: Café descanso.

12:30 -13:00 h: Presentación de los proyectos de los ganadores de las Becas de la Sección VNAR 2014.

13:00-13:30h: Asamblea de la Sección VNAR.

Orden del día:

- Informe del Presidente.
- Informe de la Secretaria.
- Informe de la Tesorera.
- Comunicación de los ganadores de las becas de la sección VNAR 2015.
- Otros asuntos de trámite
- Ruegos y preguntas.

13:30-14:15: Actividad cultural: Visita a la Catedral STA. M^a DE LA HUERTA. (Plaza de la Seo s/n, Tarazona)

14:15 h: Comida de trabajo: Restaurante Saboya 21 (Calle Marrodán, 34, 50500 Tarazona, Zaragoza).

16:00 h: Comunicaciones libres. Moderadoras: Dras. Marta Lorda Espés y Claudia Conejero del Mazo.

SÍNDROME DEL CABELLO IMPEINABLE

21 Sonia Heras González, Zuriñe Martínez De Lagrán Álvarez de Arcaya, Adrián de Quintana Sancho, Tatiana Piqueres Zubiaurre, Sofía Goula Fernández, Juan Ferrando Barbera, María Victoria Almeida Llamas. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.

PÉNFIGO VULGAR EN CAVIDAD ORAL: ESTUDIO EN 38 PACIENTES

22 Ester Moreno Artero, Isabel Bernad Alonso, Marta Ivars Lleó, Elena Querol Cisneros, Secundino Fernández, Agustín España Alonso. Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra.

DESENTRAÑANDO EL MISTERIO DEL ECCEMA CRÓNICO DE MANOS

23 Marcos Hervella Garcés, Mónica Larrea García, Berta Bonaut Iriarte, Ignacio Yanguas Bayona. Unidad de Eccema de Contacto, Servicio Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

INFECCIÓN CUTÁNEA ESPOROTRICOIDE POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

24 Ruth Solanas Treviño¹, Sergio Hernández Ostiz¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Lucía Prieto Torres¹, Joaquín Gil Tomás², Mariano Ara Martín¹. Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica². HCU "Lozano Blesa", Zaragoza.

ANGIOMA EN PENACHO: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

25 Olane Guergué Díaz de Cerio¹, María del Rosario González Hermosa¹, Olatz Lasa Elguezua¹, Nerea Agesta Sánchez¹, Izaskun Ocerin Guerra¹, Iris Vicente Sánchez¹, Verónica Velasco Benito²
¹ Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Cruces (Baracaldo, Vizcaya). ² Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Cruces (Baracaldo, Vizcaya)

INFECCIÓN CUTÁNEA POR MICOBACTERIUM PEREGRINUM: PRESENTACIÓN DE UN CASO CON CLÍNICA INUSUAL.

26 M^a Isabel Martínez González, Ricardo González Pérez, Ricardo Soloeta Arechavala, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Libe Aspe Unanue, Lucía Carnero González, Victoria Almeida Llamas. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.

DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

27 Peru Urigoitia Ugalde, Sara Fernández Ferrer¹, Jaime González del Tánago Diago, Jon Ander Yagüe Barcia, Miguel Zaldúa Arrese, Laura Blanch Rius, Rosa Izu Belloso. Servicio de Dermatología y ¹Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

GLUCAGONOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

28

Jon Ander Yagüe Barcia, Marc Julià Manresa, Mireya Lázaro Serrano, M³Jose Calderón Gutiérrez, Begoña Ramos Bareño, Rosa Izu Beloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

ENFERMEDAD DE MADELUNG

29

Elena Querol-Cisneros, Ester Moreno-Artero, Marta Ivars, Isabel Bernad, Maider Pretel. Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

CALCINOSIS CUTIS IATROGÉNICA PEDIÁTRICA TRATADA CON TIOSULFATO SÓDICO TÓPICO AL 10%: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

30

Sara Ibarbia Oruezabal, Tomás Toledo Pastrana, Lidia Sobrevias Bonells, Elena del Alcázar Viladomiu, José Zubizarreta Salvador, Anna Tuneu Valls, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

ALOPECIA AREATA PARA PELO NEGRO

31

Lidia Sobrevias Bonells, Nerea Ormaechea Pérez, Adrià Panés Rodríguez, Arantxa López Pestaña, Susana Vildosola Esturo, Anna Tuneu Valls. Sección de Dermatología. Hospital Universitario Donostia.

MICOSIS FUNGOIDE FOLICULOTROPA: PRESENTACIÓN DE UN CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

32

Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, José Javier Aguirre Anda*, Sonia Heras González, Amaia Urtaran Ibarzabal, Itziar Arrue Michelena, Izaskun Trébol Urra, Yolanda Olaizola Nogales y María Victoria Almeida Llamas de los Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica* del Hospital Universitario de Araba.

SÍNDROME DE GRAHAM-LITTLE-PICCARDI-LASSEUR

33

Adrián De Quintana Sancho, María Isabel Martínez González, Vanesa Fatsini Blanch, Irene García Río, Ana Martínez de Salinas, Victoria Almeida Llamas, Palmira Malo Díez². Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica². Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gazteiz.

SARCOIDOSIS FAMILIAR

34

Ana M. Morales Callaghan¹, Ricardo Martín Marco¹, Rosa Baldellou Lasierra¹, M Luisa Zubiri Ara¹, Elena Del Valle Sánchez², David S. Rosero Cuesta². Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica². Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

CARCINOMA DE CÉLULAS GRANULARES

Introducción

El carcinoma de células granulares o de Abrikossoff es un tumor relativamente raro de origen neural que puede aparecer en piel o mucosas. Es una neoplasia benigna y se presenta como una lesión nodular de crecimiento lento, solitaria e indolora. Es característica la presencia de gránulos en el citoplasma de las células que se debe a la acumulación de gránulos lisosomales. Presentamos el caso de una paciente con carcinoma de células granulares.

Caso clínico

Mujer de 69 años que presenta una placa indurada en la espalda no dolorosa, de 15 años que ha ido creciendo progresivamente a lo largo de los años. A la exploración se observa una placa con múltiples formaciones polipoides en la superficie, de 8 cm de diámetro. Se realizó una biopsia y el estudio anatomopatológico fue compatible con un carcinoma de células granulares, con granulación citoplasmática PAS positiva, y estudio inmunohistoquímico positivo frente a la proteína S-100. En la Resonancia Magnética se observó extensión en profundidad de la lesión. Dada la extensión del tumor no se extirpó por completo.

Discusión

Clínicamente este tumor puede plantear el diagnóstico diferencial con múltiples tumoraciones

cutáneas o mucosas de mayor relevancia clínica como el sarcoma. Muchas veces no se diagnostica clínicamente sino que es preciso un estudio anatomopatológico donde se observan múltiples gránulos en las células tumorales. Se presenta iconografía clínica e histopatológica y se realiza una revisión de la literatura y sus diagnósticos diferenciales.

Conclusión

El carcinoma de células granulares es un tumor infrecuente que hay que conocer ya que puede confundirse clínicamente con otros tumores. Es un tumor benigno que se puede tratar con la extirpación quirúrgica.

Isabel Bernad Alonso, Leyre Aguado Gil, Marta Ivars Lleó, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Miguel Ángel Idoate Gastearana. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Palabra clave: Tumor benigno



HIPOPIGMENTACIÓN VITILIGOIDE Y MELANOMA

Introducción

El vitiligo es una patología cutánea que se manifiesta en forma de manchas hipocrómicas o acrómicas, caracterizada por la pérdida de melanocitos y posiblemente relacionada con un mecanismo autoinmune. El melanoma es una neoplasia maligna derivada de los melanocitos. Algunos pacientes con melanoma desarrollan a lo largo del seguimiento este tipo de lesiones de significado incierto.

Material y métodos

Se describe una serie de 17 pacientes diagnosticados de melanoma entre los años 2002 y 2013, 9 varones y 8 mujeres, que han presentado lesiones vitiligoides durante su seguimiento durante este tiempo. Se analiza el patrón de hipopigmentación (regresión adyacente a la localización del melanoma/halo-nevus/hipopigmentación a distancia) y, atendiendo a diversos factores, su posible relación con el melanoma.

Discusión

Existen varios estudios que asocian lesiones vitiligoides con el melanoma y que relacionan su aparición con fenómenos inmunológicos. Asimismo, se ha postulado que, aunque está descrita en un porcentaje pequeño de pacientes con melanoma, su aparición conlleva un mejor pronóstico de la enfermedad.

Anne Barrutia, Jesús Gardeazabal, Xabier Eizaguirre, Salomé Álvarez, Belén Navajas, Marta Rubio, Sara Esteban. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces (Barakaldo).

Palabra clave: melanoma, pigmentación



DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A PROPÓLEO: REVISIÓN DE LOS CASOS DURANTE EL PERIODO 2005-2015 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

Introducción

El propóleo (gr própolis) es una mezcla de resinas producida por las abejas cuya función es reforzar la estabilidad de las colmenas.

Material y métodos

Se realiza una revisión de los pacientes que durante el periodo 2005-2015 han sido diagnosticados de dermatitis alérgica de contacto a propóleo en la Unidad de Eccema de Contacto del Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar ampliada que incluye el propóleo 10% pet con lectura en D2 y D4.

Resultados

De los 1550 pacientes parcheados durante el periodo 2005-2015 se objetivaron reacciones alérgicas al propóleo en 31 pacientes (2%). De estos 31 pacientes a 11 se les interpretó como relevancia presente y fueron diagnosticados de dermatitis de contacto alérgica a propóleo.

El perfil de paciente sensibilizado al própolis fue de mujer (74,2%), mayor de 40 años (77,41%), con lesiones predominantes en piernas (35,48%) y manos (32,25%), sin antecedentes de dermatitis atópica (87,1%).

Oscos Jaime S¹, Hervella Garcés M^{1,2}, Loidi Pascual L¹, Agulló Pérez A¹, Larrea García M², Yanguas Bayona JI¹. Servicio de Dermatología¹. Unidad de Eccema de Contacto². Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra.

Palabra clave: Dermatitis eccematosa, própolis, medicina natural.



RICKETTSIA SLOVACA: MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE UNA RICKETTSIOSIS EMERGENTE

Introducción

La fiebre botonosa mediterránea es la rickettsiosis históricamente más descrita en nuestro país. *Rickettsia conorii* ha sido considerada su agente etiológico, siendo transmitida por la picadura de garrapata. Sin embargo, se han descrito una serie de rickettsiosis emergentes provocadas por otros tipos de rickettsias y otros vectores, con cuadros clínicos diferentes al conocido hasta ahora. Presentamos 2 casos clínicos atribuibles a infección por *Rickettsia slovacae*.

Casos clínicos

Caso 1: Mujer de 64 años que acude a urgencias por presentar mal estado general, fiebre y edema facial. A la exploración física presentaba importante eritema y edema palpebral bilateral superior e inferior y una placa eritematosa frontoparietal de unos 15 cm de diámetro con escara central que evolucionó hacia una placa alopécica junto con la aparición de una adenopatía laterocervical derecha prominente. Se detectó en la analítica una IgM anti-*R. Conorii*. **Caso 2:** Mujer de 33 años que presentaba un exantema generalizado con cuadro pseudogripal y sin otra clínica acompañante. A la exploración física se apreciaba un exantema maculo-papuloso extenso y un nódulo azul-negruzco de 0,7 cm con collarate descamativo en el muslo derecho. Se identificó *R. Slovacae* en PCR de suero. Recibieron tratamiento sintomático y doxiciclina

oral con buena evolución.

Conclusión

Se han descrito numerosas entidades clínicas producidas por rickettsias diferentes a la clásica *R. conorii* con unos cuadros clínicos muy variados en los que hace falta una alta sospecha diagnóstica. Además de la sospecha clínica, el diagnóstico se debe apoyar en la serología y la PCR en suero o biopsia de la escara o de las lesiones, dada la alta variabilidad en las manifestaciones de las nuevas rickettsiosis emergentes. El tratamiento en todas ellas es la doxiciclina oral precozmente ya justificado ante la sospecha clínica.

Sergio Hernández Ostiz¹, Ruth Solanas Treviño¹, Lucía Prieto Torres¹, Marcial Álvarez Salafrañca¹, Laura Pérez Martínez² y Mariano Ara Martín¹. Servicio de Dermatología HCU "Lozano Blesa", Zaragoza¹. Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR)².

Palabra clave: Infección bacteriana, diagnóstico, epidemiología.



MELANOMA MALIGNO EN LA INFANCIA. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Introducción

El melanoma maligno en la edad pediátrica (0-18 años de vida) representa el 1-4% del total de melanomas.

La mayoría de las lesiones aparecen de novo, como en los adultos, pero clínicamente suelen tener una presentación atípica. En este rango de edad, son más frecuentes los melanomas amelanóticos y los nodulares, y en ocasiones, simulan lesiones benignas como el granuloma piógeno o verrugas vulgares.

Caso clínico

Niña de 10 años sin antecedentes patológicos de interés. Nos consultaron mediante Tele dermatología por lesión en tobillo de 2 meses de evolución. Tras valorar la fotografía y objetivar una lesión pigmentada atípica se derivó a la paciente a consulta presencial donde fue extirpada. Tras valoración de la pieza por distintos dermatopatólogos la biopsia fue informada de melanoma maligno de 0,82 mm de Breslow. La biopsia del ganglio centinela fue negativa. La paciente sigue controles periódicos en nuestras consultas.

Discusión

Presentamos este caso clínico para recordar la importancia de tener en mente esta entidad a la hora de valorar a los más pequeños, ya que como en los

adultos, el diagnóstico y tratamiento precoces son la base del buen pronóstico.

L. Blanch Rius, A. Sánchez Diez, C. Sanz de Galdeano Palacio, G. Cancho Galán*, S. Gómez Muga, J. González del Tánago Diago, R. Izu Belloso. Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Basurto, Bilbao

Palabra clave: Tumor maligno



GRANULOMA FACIAL: RESPUESTA A LÁSER VASCULAR

Introducción

El granuloma facial es una dermatosis inflamatoria crónica rara de causa desconocida y curso persistente. Principalmente afecta a áreas fotoexpuestas en cara y cursa con lesiones desfigurantes.

Caso clínico

Presentamos un varón de 52 años con granuloma facial de 20 años de evolución. El paciente había recibido tratamientos múltiples con tópicos, clo-roquina, corticoides orales e intralesionales y cirugía pese a lo cual persistía la aparición de nuevas lesiones. A consecuencia de tratamientos previos el paciente presentaba también atrofia cutánea y cicatrices. Se realizó tratamiento con láser de colorante pulsado (spot 7 mm, pulso 2ms de duración y fluencia 75-95J) obteniendo una buena respuesta tras 5 sesiones.

Discusión

Existen múltiples opciones terapéuticas para el granuloma facial. Sin embargo, supone un reto terapéutico dada la falta de eficacia inicial o de respuesta a largo plazo de los tratamientos. Desde los años 90 se han descrito respuestas a distintas modalidades de láser. Entre ellos el láser PDL de 595 nm y el láser KTP de 532 nm son los que han mostrado mejores respuestas.

Conclusión

El láser vascular de colorante pulsado podría ser un arma terapéutica eficaz en el granuloma facial por su eficacia, buenos resultados estéticos y posibilidad de realizar tratamientos repetidos sin riesgo de cicatrices.

Marta Mendieta Eckert, José Luis Díaz Ramón, Juan Antonio Ratón Nieto, Elvira Acebo Mariñas, Irati Allende Mar-kixana, Marta Ballesterro Díez. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces.

Palabra clave: Terapéutica física, miscelánea.



ENFERMEDAD DE MANO-PIE-BOCA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Introducción

la enfermedad de mano-pie-boca, que cursa en brotes epidémicos de predominio infantil, se debe a una infección por virus de la familia Enteroviridae (Coxsackie A16 y Enterovirus 71 principalmente). Durante los últimos años, cuadros con fiebre elevada y manifestaciones cutáneas severas se han relacionado principalmente con el serotipo A6.

Material y método

Caso número 1: paciente de 2 años de edad que acude a urgencias por erupción cutánea pruriginosa de 24 horas de evolución, con fiebre de hasta 38.5°C. A la exploración física se aprecian placas eritematosas en ambos glúteos y muslos, formadas por pápulas con costra central y múltiples vesículas. Bajo la sospecha de eczema herpeticum se toma muestra del contenido de una vesícula para estudio mediante PCR y se pauta tratamiento con aciclovir vo, antihistamínicos, antitérmicos y antisépticos tópicos. El resultado de la PCR mostró posteriormente positividad para Enterovirus.

Caso número 2: lactante de 16 meses de edad, con antecedente de dermatitis atópica, acude al servicio de urgencias por cuadro febril y lesiones cutáneas de 48 horas de evolución. En la exploración física se observan máculas y pápulas eritematosas palmoplantares, así como escasas vesículas. A nivel perioral se aprecian erosiones recubiertas de

costras melicéricas. En glúteos, cara posterior de muslos y codos, placas eritematosas, ulceradas y confluentes. Se estableció el diagnóstico diferencial entre eczema coxsackium y eczema herpeticum, ingresando el paciente para tratamiento con aciclovir iv y medidas sintomáticas. El estudio mediante PCR en suero y en contenido de una vesícula mostró con posterioridad positividad para enterovirus.

Discusión

la infección por algunos serotipos de Enterovirus, principalmente por el Coxsackie A6 ha sido relacionada con cuadros cutáneos severos, acompañados de fiebre y alteraciones ungueales, que afectan de forma más acentuada a pacientes con historia de dermatitis atópica, denominándose en este caso "eczema coxsackium". El diagnóstico diferencial debe plantearse con el eczema herpeticum y el impétigo ampolloso fundamentalmente. Presentamos dos casos clínicos de exantemas cutáneos vesículo-ulcerosos acompañados de fiebre, en los que las pruebas complementarias mostraron positividad para infección por enterovirus.

Marcial Álvarez-Salafranca, Lucía Prieto-Torres, Ruth Solanas-Treviño, Sergio Hernández-Ostiz, Ana Luisa Morales-Moya, Mariano Ara-Martín. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza)

Palabra clave: Infección vírica



FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR

Introducción

Ante el desarrollo brotes de lesiones urticariales asociados a fiebre y otros síntomas sistémicos, debe plantearse el diagnóstico de los síndromes autoinflamatorios, entre ellos la fiebre mediterránea familiar.

Caso clínico

Mujer de 68 años, con episodios mensuales de lesiones habonosas en tronco y extremidades superiores, de más de 20 años de evolución. Se acompañaban de fiebre de hasta 38,5°C, malestar general y mialgias sin ningún otro síntoma asociado, cediendo las lesiones cutáneas en aproximadamente 15 días. A la exploración presentaba placas eritematoedematosas calientes en tronco y extremidades superiores. En la biopsia cutánea se apreciaban hallazgos de urticaria sin evidenciarse vasculitis. La analítica sanguínea mostró elevación de la VSG y PCR, anticuerpos antiDNA+ 1/160, anti-Ro+ y complemento normal. El estudio genético demostró una mutación en heterocigosis para el gen MEFV, realizando el diagnóstico de fiebre mediterránea familiar (FMF). Se pautó tratamiento con colchicina, reduciendo de forma notable el número de brotes, sin asociarse a fiebre.

Comentarios

La FMF es la enfermedad es una enfermedad monogénica autosómica recesiva y se da por una

mutación en el gen MEFV. Se caracteriza por presentar brotes de corta duración con fiebre, serositis y lesiones cutáneas de tipo erisipela. El tratamiento de elección es la colchicina, que es efectivo en la prevención de brotes y el desarrollo de amiloidosis.

Leire Loidi Pascual¹, Mónica Larrea García¹, Saioa Oscoz Jaime¹, María Antonia Ramos Arroyo², Concepción Llanos Chávarri³, Juan Ignacio Yanguas Bayona¹. Servicios de Dermatología¹, Genética² y Anatomía Patológica³ del Complejo Hospitalario de Navarra

Palabra clave: Fiebre mediterránea familiar, urticaria, enfermedades autoinflamatorias hereditarias



PIODERMA GANGRENOSO SUPERFICIAL VULVAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Introducción

El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica que se caracteriza por una afectación cutánea ulcerativa crónica y recidivante. Hay cuatro formas clínicas principales: ampollar, pustulosa, ulcerativa y granulomatosa superficial. La forma granulomatosa superficial se caracteriza por la aparición de lesiones ulcerativas superficiales fundamentalmente en el tronco y de forma excepcional puede encontrarse en la región genital.

Caso clínico

Mujer de 53 años sin antecedentes de interés que acudió a consulta por aparición de lesiones ulceradas superficiales en región inguinal y genital derechas de 5 meses de evolución. Refería lesiones previas similares que evolucionaban a brotes de 7-10 días, con intervalos asintomáticos. El cultivo fúngico y bacteriano no mostró crecimiento de microorganismos. El estudio anátomo-patológico evidenció un infiltrado inflamatorio mixto con abundantes neutrófilos de disposición granulomatosa. Por la correlación anátomo-clínica se llegó al diagnóstico de pioderma gangrenoso variante granulomatosa superficial. La respuesta a corticoides tópicos e intralesionales era parcial con intolerancia a tacrólimus tópico por lo que se optó por tratamiento con dapsona con muy buena evolución de las lesiones.

Comentario

En aproximadamente el 50% de los casos, el pioderma gangrenoso se asocia a enfermedades sistémicas con componente autoinmune, si bien la forma superficial granulomatosa parece tener un comportamiento diferente, por ser menos agresivo y no asociarse a procesos sistémicos. Hay que tener en cuenta la posibilidad de que el pioderma gangrenoso se presente con una morfología y localización que no son las clásicas, siendo la afectación genital excepcional por lo que presentamos este caso. Destacar la buena respuesta de nuestra paciente a la dapsona que se planteó como alternativa a otros tratamientos inmunosupresores sistémicos.

Adrià Panés Rodríguez¹, María Asunción Arregui Murua¹, Sara Ibarbia Oruezabal¹, Irene Rodríguez Pérez², Paula Gutiérrez Támara¹, Anna Tuneu Valls¹. 1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. ². Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

Palabra clave: Miscelánea



FORMACIÓN DE PSEUDOANEURISMOS TRAS LA CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS

Introducción

El pseudoaneurismo o falso aneurismo es una complicación conocida pero rara, que puede aparecer entre 1 y 4 semanas después de un daño iatrogénico vascular. Puede originarse tras un traumatismo del vaso o como consecuencia de una cirugía en esa localización.

Los pseudoaneurismos postquirúrgicos se presentan clínicamente como un nódulo subcutáneo pulsátil y doloroso, de rápido crecimiento, en la zona tratada quirúrgicamente y consisten en un hematoma organizado que comunica con la arteria dañada a través de un tracto sinusal.

Cuando la presión de la arteriola dañada excede la capacidad de la cascada de la coagulación, el hematoma se mantiene en comunicación con la luz del vaso por un mecanismo pseudovalvular, donde el flujo de sangre es bidireccional.

La aparición brusca de una tumoración pulsátil, la falta de pared vascular en el saco aneurismático y el hallazgo de una luz arterial que comunica con un trombo organizado, suelen ser las claves para el diagnóstico.

La cirugía es el tratamiento de elección.

Casos clínicos

Presentamos 2 casos de pseudoaneurismos tras la realización de cirugía micrográfica de Mohs, que se repararon mediante la ligadura quirúrgica del vaso dañado.

Marta Ivars Lleó, Isabel Bernad Alonso, Ester Moreno Artero, Elena Querol Cisneros, Pedro Redondo Bellón. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Palabra clave: Complicaciones quirúrgicas, pseudoaneurismo, cirugía de Mohs



ERUPCIÓN CUTÁNEA POLIMORFA ATÍPICA TRAS INFECCIÓN AGUDA POR PARVOVIRUS B19

Introducción

El Parvovirus B19 es un virus DNA de cadena simple de la familia Parvoviridae que se ha postulado podría ser responsable de hasta un 35% de todos los rash cutáneos asociados con fiebre. Los patrones de erupción cutánea descritos hasta la fecha se clasifican en 4: exantema, vasculitis, periflexural y acral.

Caso clínico

Mujer de 35 años que acudió a urgencias por fiebre y mal estar general de unos cinco días de evolución, que en las últimas 48 horas se acompañaba de la aparición de lesiones vesiculosas y papulosas en cara, parte superior de tronco y extremidades por lo que se decidió su ingreso. Posteriormente se generalizaron y adquirieron un patrón dianiforme por lo que se inició tratamiento con corticosteroides intravenosos con sospecha de eritema multiforme. La biopsia cutánea fue compatible con PLEVA. La serología mostró IgM de parvovirus positiva. Se inició tratamiento con doxiciclina 200 mg al día. Acudió de nuevo a la semana por empeoramiento del cuadro con lesiones en zonas fotoexpuestas, algunas de aspecto liquenoide. Una nueva biopsia presentó un patrón compatible con un estadio inicial de Micosis Fungoide. Tras 2 meses las lesiones se han resuelto por completo.

Lucía Prieto Torres¹, Marcial Álvarez Salafranca¹, Sergio Hernandez Ostiz¹, Ruth Solanas Treviño¹, Ana Luisa Morales Moya¹, Francesc Felipe Berlanga², Mariano Ara Martín¹. Servicio de Dermatología¹ y Servicio de Anatomía Patológica² del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

Palabra clave: Infección vírica



NEUMONITIS INTERSTICIAL SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN UN PENFIGO VULGAR

Introducción

El pénfigo vulgar (PV) es una enfermedad ampollar autoinmune grave en la que los corticoides orales, asociados o no a inmunosupresores, son el tratamiento de elección. El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 que ha mejorado sustancialmente el pronóstico de diversas enfermedades autoinmunes y hematológicas. Siendo muy eficaz en los casos de PV resistentes a terapias convencionales

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 52 años diagnosticada de PV que presenta un nuevo brote de lesiones refractario al tratamiento habitual. Se decide tratamiento con RTX a dosis estándar; lográndose una rápida mejoría de las lesiones cutáneas pero desarrollando un cuadro de neumonitis intersticial asociado a RTX (RTX-ILD)

Conclusión

Aunque la seguridad del RTX ha sido demostrada en varios ensayos clínicos, el incremento de su uso ha aumentado el registro de efectos adversos, entre ellos la toxicidad pulmonar. Y dentro de esta una de las complicaciones más graves es la RTX-ILD; que ha sido poco descrita pero es potencialmente fatal

Begoña Ramos Bareño, Susana Gómez Muga, Silvia Pérez Barrios, Peru Urigoitia Ugalde, Rosa Izu Belloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Palabra clave: Enfermedad ampollosa, reacción por fármacos



SÍNDROME DEL CABELLO IMPEINABLE

Introducción

El síndrome del cabello impeinable (SCI) o pili trianguli et canaliculi es una displasia poco frecuente del tallo piloso del cuero cabelludo de prevalencia desconocida. El SCI suele desarrollarse entre los 3 meses y los 12 años de edad. La cantidad de cabello es normal, pero éste adopta de forma progresiva un color rubio plateado o pajizo de aspecto seco y desordenado. Además el cabello crece en distintas direcciones resultando prácticamente imposible peinarlo.

Caso clínico

Presentamos el caso de una niña de 4 años de edad sin antecedentes de interés, salvo por el hecho de que la familia paterna estaba en estudio por una posible miocardiopatía hereditaria. Consultaba porque presentando previamente un cabello de características normales, rubio y liso, desde aproximadamente los 2 años de vida éste había comenzado a alterarse de forma progresiva. A la exploración el cabello de la paciente presentaba un aspecto seco, deslustrado, desorganizado, más rizado de lo habitual y de tonalidad pajiza. No presentaba alteraciones en las cejas ni pestañas ni otra patología cutánea. El estudio analítico solicitado fue totalmente normal, excepto por una ligera elevación de IgE. Se realizó un tricograma en el que bajo microscopía óptica se observaban canales irregulares contorneando el tallo del pelo,

es decir, la típica imagen de pili canaliculi que caracteriza al síndrome del cabello impeinable.

Discusión

El SCI se origina como consecuencia de una pila dérmica deformada que da lugar a una queratinización anómala de la vaina epitelial interna del folículo piloso. Parece probable que se trate de una enfermedad autosómica dominante con penetrancia variable, aunque por el momento no se ha identificado el gen responsable.

El diagnóstico se basa en las características clínicas y en el análisis microscópico, revelando éste una hendidura longitudinal en el tallo piloso que a la sección transversal es triangular o arriñonado. Se ha descrito la asociación del SCI con distintas enfermedades, aunque en la mayoría de los casos se presenta como un hallazgo aislado.

El SCI remite espontáneamente en la infancia tardía, recomendándose tan solo, el cuidado delicado del cabello.

Sonia Heras González, Zuriñe Martínez De Lagrán Álvarez de Arcaya, Adrián de Quintana Sancho, Tatiana Piqueres Zubiaurre, Sofía Goula Fernández, Juan Ferrando Barbera, María Victoria Almeida Llamas. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.



PÉNFIGO VULGAR EN CAVIDAD ORAL: ESTUDIO EN 38 PACIENTES

La práctica totalidad de los pacientes con pénfigo vulgar (95-100%) desarrolla erosiones dolorosas de la mucosa oral. Más de la mitad desarrolla también ampollas flácidas y erosiones cutáneas disseminadas. Por tanto, para algunos pacientes, las lesiones orales son la única manifestación clínica de la enfermedad. Ello obliga a realizar, en todos los pacientes con enfermedad ampollosa, una exploración sistemática y pormenorizada de las siguientes áreas anatómicas: cavidad oral, fosas nasales, faringe, laringe y oídos.

Presentamos una serie de 38 pacientes con pénfigo vulgar con afectación mucosa (PVM) y cutáneo-mucosa (PVCM) en los que se identifican las zonas de mucosa afectadas dentro de cada una de las áreas anteriormente señaladas. Los resultados pusieron de manifiesto la afectación más frecuente de todas ellas en el pénfigo vulgar con afectación cutáneo-mucosa con respecto al de afectación exclusivamente mucosa. En mucosa oral, el triángulo retro-molar fue la localización más frecuentemente afectada tanto en el PVCM como en el PVM. Los labios fueron la zona con menor afectación en el PVM, mientras que en el PVCM lo fueron la lengua, el frenillo y el suelo de la boca. En fosas nasales, el vestíbulo nasal fue la zona más frecuentemente afectada en ambos procesos. En faringe lo fue la pared posterior de la mesofaringe, y en laringe, el borde de la epiglotis. La mucosa

del oído no presentó afectación en ninguno de los pacientes con PVM.

Además, es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial con otros procesos erosivos que cursan con afectación de mucosa oral recurrente o crónica (penfigoide de mucosas, pénfigo paraneoplásico, aftosis oral, Herpes intraoral recurrente y liquen plano oral erosivo). En este sentido, el principal diagnóstico diferencial es el liquen erosivo de mucosa oral, puesto que ambos afectan mayoritariamente a la mucosa yugal. La aftosis oral suele presentar lesiones múltiples sin afectar al triángulo retromolar (la segunda localización en frecuencia en el PV). El pénfigo paraneoplásico se caracteriza por estomatitis severa de toda la cavidad oral. El penfigoide de mucosa oral afecta principalmente a mucosa gingival. Finalmente, los cuadros de Herpes intraoral recidivante asientan con más frecuencia en mucosa masticadora (mucosa palatina y encías) y labios, que en mucosa de revestimiento.

Ester Moreno Artero, Isabel Bernad Alonso, Marta Ivars Lleó, Elena Querol Cisneros, Secundino Fernández, Agustín España Alonso. Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra.



DESENTRAÑANDO EL MISTERIO DEL ECCEMA CRÓNICO DE MANOS

Introducción.

El "eccema crónico de manos" (ECM) es un motivo de consulta frecuente en Dermatología, y debería ser abordado primordialmente con el objetivo de encontrar su diagnóstico correcto.

Pacientes y métodos

Los datos clínicos y diagnósticos clave de todos los pacientes adultos con ECM estudiados en nuestra Consulta en los últimos 10 años fueron analizados. Se definió ECM como aquel cuadro de al menos 6 meses de evolución, que cursa con lesiones ecematosas crónicas, de predominio en manos y de intensidad moderada o grave.

Resultados

439 pacientes cumplieron criterios de ECM. El índice MOAHLFA para este grupo fue 41-15,5-18,7-100-1,8-10-51,9. El perfil de paciente más frecuentemente atendido fue una mujer de 41 años, con cuadro de 20 meses de evolución, y afectación predominante de palma de manos. Cada paciente requirió una media de 5 visitas antes de llegar a un diagnóstico.

Las categorías diagnósticas principales una vez concluido su estudio fueron: Psoriasis (22%), dermatitis atópica (DA, 18%), dermatitis irritativa (DCI, 17%), dermatitis alérgica (DCA, 15%), eccema mixto endógeno+exógeno (11%), otro eccema (10%).

Marcos Hervella Garcés, Mónica Larrea García, Berta Bonaut Iriarte, Ignacio Yanguas Bayona. Unidad de Eccema de Contacto, Servicio Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Discusión

Nuestra serie revela que en más del 90% de los casos se pudo asignar un diagnóstico etiológico específico tras el estudio, y éste es un requisito esencial para tratar con éxito a estos pacientes.

Las causas endógenas: dermatitis atópica y -especialmente- la psoriasis, estuvieron altamente representadas en nuestra serie. Psoriasis y DA se asociaron fuertemente a afectación palmar (vs dorsal), parcheada (vs difusa) y en el caso de la psoriasis a clínica hiperqueratósica (vs vesicular o exfoliada). Las dermatitis exógenas (DCA, DCI) se asociaron con más frecuencia a afectación difusa y de dorso más que de palma.

Conclusiones

Todo ECM es una dolencia trascendente por la carga personal, económica y sanitaria que origina, y debería ser debidamente estudiado y diagnosticado. Desaconsejamos el uso del término ECM, por inespecífico y poco práctico.

Palabra clave: Dermatitis ecematosas, Diagnóstico.



INFECCIÓN CUTÁNEA ESPOROTRICOIDE POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Introducción

El síndrome linfocutáneo se caracteriza por la presencia de una lesión inicial de localización cutánea distal y posterior diseminación nodular a lo largo del trayecto linfático de drenaje. Presentamos un caso producido por un microorganismo no habitual como causante de este síndrome.

Caso clínico

Paciente varón de 59 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, trabajador en una tienda de animales que desde hace dos años presenta lesión eritematodescamativa localizada en falange distal de tercer dedo de mano derecha con diseminación proximal a la muñeca. Con la sospecha clínica de granuloma de los acuarios vs esporotricosis vs leishmania se realiza biopsia cutánea para estudio anatomopatológico y microbiológico y se inicia tratamiento empírico con itraconazol. Debido a la mala respuesta al mismo se cambia a doxiciclina. En la histología y en los cultivos repetidos solo se aisló de forma constante y abundante *Pseudomonas aeruginosa*. La evolución del cuadro fue satisfactoria con doxiciclina.

Comentario

El síndrome linfocutáneo o infección cutánea de distribución esporotricóide puede estar ocasionado por multitud de microorganismos siendo adquiridos por inoculación directa en la piel a través

de un mínimo traumatismo. Los agentes etiológicos más frecuentemente implicados son *Sporothrix schenckii*, *Nocardia brasiliensis*, *Mycobacterium marinum* y *Leishmania brasiliensis*. A pesar de los cultivos repetidos y del examen cuidadoso de las biopsias no se identificó ninguno de los agentes más comunes en este síndrome. Presentamos, por tanto, un caso donde los cultivos repetidos aislaron un microorganismo nada habitual en este cuadro como *Pseudomonas aeruginosa*.

Ruth Solanas Treviño¹, Sergio Hernández Ostiz², Marcial Álvarez Salafranca¹, Lucía Prieto Torres¹, Joaquina Gil Tomás², Mariano Ara Martín¹. Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica. HCU "Lozano Blesa", Zaragoza.

Palabra clave: Infección bacteriana, pseudomonas aeruginosa, infección esporotricóide



ANGIOMA EN PENACHO: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

Introducción

Los angiomas en penacho son tumores vasculares que se presentan típicamente antes de los 5 años de edad. Clínicamente suelen ser placas induradas o nodulares de color rojizo o purpúrico en cuello, zona superior del tronco u hombros. No existen guías que estandaricen su tratamiento.

Material y métodos

Se muestran dos casos clínicos de angioma en penacho y se explica su presentación clínica, tratamientos recibidos, evolución y complicaciones.

Discusión

Ante un tumor vascular debemos descartar un angioma en penacho dado que algunos de ellos pueden complicarse con un síndrome de Kasabach-Merritt. Presentamos 2 casos de angioma en penacho a fin de dar a conocer esta rara entidad.

Olane Guergué Díaz de Cerio¹, María del Rosario González Hermosa¹, Olatz Lasa Elguezua¹, Nerea Agesta Sánchez¹, Izaskun Ocerin Guerra¹, Iris Vicente Sánchez¹, Verónica Velasco Benito².¹ Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Cruces (Baracaldo, Vizcaya).² Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Cruces (Baracaldo, Vizcaya)

Palabra clave: Enfermedad vascular, tumor benigno



INFECCIÓN CUTÁNEA POR MICOBACTERIUM PEREGRINUM: PRESENTACIÓN DE UN CASO CON CLÍNICA INUSUAL.

Introducción

Las micobacterias son un grupo de microorganismos causantes de diversas infecciones con importante morbi-mortalidad. En la actualidad constituyen uno de los problemas sanitarios de mayor gravedad a nivel mundial.

Caso Clínico

Varón sano de 34 años, natural de Ecuador, que consultaba por lesiones verrucosas asintomáticas en rodilla derecha de más de 15 años de evolución. A la exploración se observaban nódulos agrupados formando placas queratósicas, algunas de distribución lineal. Mediante PAS, Ziehl-Neelsen, cultivos y PCR de hongos y micobacterias no se evidenciaron microorganismos. A nivel anatómico se observaba un infiltrado inflamatorio crónico con granulomas no necrotizantes, compatible con queratosis liquenoide crónica. Las lesiones fueron resistentes a múltiples tratamientos, entre los que se incluyen corticoides tópicos y sistémicos, Acitretino e Itraconazol. Finalmente se realizó escisión quirúrgica y cultivo de la pieza, resultando positivo para *Micobacterium (M.) peregrinum*. Basándonos en estos hallazgos iniciamos tratamiento con Claritromicina y Ciprofloxacino 500 mg/día durante 12 semanas, con resolución completa de las lesiones.

Discusión

Las micobacterias de crecimiento rápido (RGM) pueden causar osteomielitis, enfermedad pulmonar crónica, linfadenitis, infecciones postquirúrgicas e infecciones de piel y partes blandas. La enfermedad diseminada ocurre en pacientes inmunodeprimidos. A nivel cutáneo, se presentan más frecuentemente como nódulos o abscesos de partes blandas.

M. peregrinum es una RGM no tuberculosa perteneciente al grupo *M. fortuitum*. Hay muy pocos casos descritos de infección por *M. peregrinum*, y la contaminación postquirúrgica es la forma más común de infección. Las infecciones espontáneas son excepcionales.

El diagnóstico definitivo se basa en el cultivo microbiológico.

No existe un tratamiento estandarizado y fundamentalmente consiste en antibioterapia en función del resultado del antibiograma.

Conclusión

Presentamos el caso por la forma de presentación clínica tan excepcional que supuso un gran reto diagnóstico.

M^a Isabel Martínez González, Ricardo González Pérez, Ricardo Soloeta Arechavala, Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, Libe Aspe Unanue, Lucía Carnero González, Victoria Almeida Llamas. Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.

Palabra clave: Infección bacteriana



DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

Introducción

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor de partes blandas poco frecuente de malignidad intermedia. Tiene un comportamiento localmente agresivo y tendencia a la recidiva tras su extirpación, pero su capacidad metastásica es baja. Nuestro objetivo es describir las características demográficas, clínicas e histopatológicas de la casuística de nuestro hospital.

Material y métodos

Hemos realizado una búsqueda de todos los diagnósticos de DFSP incluidos en la base de datos del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Basurto entre el año 2000 y 2015. Hemos revisado caso por caso las historias clínicas y los cristales de anatomía patológica.

Resultados

Se han encontrado un total de 46 casos con diagnóstico de DFSP. La edad media fue de 48 años, siendo ligeramente más frecuente en mujeres (59%). La localización más frecuente fue el tronco (74%). En cuanto al examen histopatológico, la mayoría presentaron la morfología y el perfil inmunohistoquímico típico del DFSP, pero hubo cuatro casos en los que se discutió el diagnóstico.

Peru Urigoitia Ugalde, Sara Fernández Ferrer¹, Jaime González del Tánago Diago, Jon Ander Yagüe Barcia, Miguel Zaldúa Arrese, Laura Blanch Rius, Rosa Izu Belloso. Servicio de Dermatología y Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Palabra clave: Tumor maligno



GLUCAGONOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Introducción

El glucagonoma es un tumor pancreático de células alfa muy poco frecuente. Habitualmente se diagnostica por el síndrome que produce como consecuencia de la liberación de múltiples hormonas peptídicas.

Caso clínico

Presentamos un caso de una mujer de 70 años con Alzheimer incipiente y psoriasis pustulosa palmoplantar, que en Enero comenzó con un cuadro de anorexia, pérdida de peso, anemia, dolor abdominal y empeoramiento de su enfermedad neurológica de base. En el TAC abdominal se evidenció una masa en cola de páncreas, cuyo examen histopatológico confirmó la sospecha diagnóstica de glucagonoma. En la analítica presentaba glucagón plasmático elevado e hiperglucemia. En Mayo fue derivada a Dermatología por la aparición de una erupción en forma de grandes placas eritematosas confluentes de bordes erosivos, localizadas en espalda, grandes pliegues y áreas pretibiales, cuya biopsia era compatible con Eritema Necrolítico Migratorio (ENM). Asociaba queilitis angular y glositis. La paciente recibió tratamiento con Oc-treótido consiguiéndose una rápida resolución de las lesiones mucocutáneas y posteriormente se realizó una pancreatectomía, con buena evolución del cuadro hasta la actualidad.

Comentario

El Síndrome del glucagonoma se caracteriza por la presencia de ENM, síndrome general, Diabetes Mellitus, anemia, diarreas, estomatitis, alteraciones neuropsiquiátricas y fenómenos tromboembólicos. Puede ser verdadero, asociado a un tumor pancreático secretor de glucagón, o pseudoglucagonoma, relacionado con otras patologías. En la mayoría de los casos se trata de una neoplasia maligna aunque de lenta evolución, siendo posible un diagnóstico precoz a partir de las lesiones cutáneas, lo que resulta clave para poder realizar un tratamiento curativo mediante la extirpación del tumor.

Jon Ander Yagüe Barcia, Marc Julià Manresa, Mireya Lázaro Serrano, M^o Jose Calderón Gutiérrez, Begoña Ramos Bareaño, Rosa Izu Belloso. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

Palabra clave: Tumor maligno, enfermedad sistémica



ENFERMEDAD DE MADELUNG

Introducción

La enfermedad de Madelung (EM) o lipomatosis simétrica múltiple, es una enfermedad rara de etiología desconocida caracterizada por la presencia de múltiples masas de tejido adiposo no encapsuladas y de distribución simétrica. Presentamos el caso de un varón afecto de esta patología por su llamativa expresión clínica y la infrecuencia.

Caso clínico

Varón de 65 años, pastor de profesión, que refiere la aparición espontánea y progresiva de masas abultadas y asintomáticas en la zona submentoniana y cervical posterior, de unos 35 años de evolución. Asocia, además, disnea de esfuerzos moderados, así como cervicalgia y limitación de la movilidad del cuello. Sin antecedentes médicos de interés, no fumador, alcohólico crónico. Niega antecedentes familiares de lipomatosis. Ante el diagnóstico clínico de EM el paciente fue derivado a Cirugía Plástica para resección de las lesiones.

Discusión

La EM es una enfermedad rara caracterizada por la aparición de múltiples lipomas, de distribución simétrica, y que se localizan en cuello y parte superior del tronco, respetando las extremidades. Su diagnóstico es clínico, especialmente en casos de presentación típica como el que nos ocupa. Afecta a hombres de entre 30 y 60 años de edad, y se

Elena Querol-Cisneros, Ester Moreno-Artero, Marta Ivars, Isabel Bernad, Maider Pretel. Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

Palabra clave: Tumor benigno, lipomatosis.



CALCINOSIS CUTIS IATROGÉNICA PEDIÁTRICA TRATADA CON TIOSULFATO SÓDICO TÓPICO AL 10%: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Introducción

Calcinosis cutis (CC) se define como el acúmulo y depósito de sales de calcio amorfas e insolubles en la piel. En función de su etiopatogenia, se distinguen cinco tipos: distrófica, metastásica, calcifilaxis, iatrogénica e idiopática.

En nuestro medio, la calcinosis cutis iatrogénica (CCI) suele ser secundaria al uso de soluciones intravenosas que contienen calcio. Su extravasación da lugar a neoformaciones subcutáneas blanquecinas, rosadas o marrónceas de consistencia pétreas que pueden terminar ulcerando la piel suprayacente. Su detección y tratamiento precoz son imprescindibles para evitar futuras secuelas.

Material, método y resultados

Presentamos dos casos de CCI flexural que se resolvieron con crema de tiosulfato sódico al 10%.

Caso 1: Lactante de 34 días de vida ingresada en cuidados medios por convalecencia de una sepsis por *S. epidermidis*. Se consulta al Servicio de Dermatología por una placa eritematosa e indurada en la cara dorsal del carpo y mano derecha. La paciente había estado en tratamiento intravenoso con gluconato cálcico.

Caso 2: Neonato de 7 días de vida en tratamiento antibiótico por sospecha de artritis séptica de codo derecho. Presentaba una placa eritematosa e indurada en la fosa antecubital derecha. Dos días antes, había recibido tratamiento intravenoso con

gluconato cálcico por hipocalcemia detectada durante el ingreso.

Conclusión

Aportamos dos casos de CCI que presentaron resolución completa y mantenida gracias a la aplicación de tiosulfato sódico tópico al 10%, sin apreciarse ningún efecto adverso.

Sara Ibarbia Oruezabal, Tomás Toledo Pastrana, Lidia Sobrevias Bonells, Elena del Alcázar Viladomiu, José Zubizarreta Salvador, Anna Tuneu Valls. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Donostia.

Palabra clave: Tratamiento tópico



ALOPECIA AREATA PARA PELO NEGRO

Introducción

La alopecia areata (AA) es una enfermedad no cicatricial del folículo piloso en la que la fase telogénica está alterada. Su etiología no está claramente establecida aunque se postula una base autoinmune mediada por linfocitos T órgano-específicos. Afecta por igual a ambos sexos, siendo más frecuente en jóvenes. La presentación focal/multifocal, a modo de placas alopécicas de tamaño y número variable en el cuero cabelludo, es el patrón típico. No obstante, existen diversas formas atípicas, entre la que destaca la AA para cabellos negros y rubios.

Caso clínico

Varón de 51 años con antecedentes de alopecia androgenética que acudió por caída brusca del cabello en un plazo de un mes. A la exploración se objetivaban áreas alopécicas difusas en la región parieto-occipital que respetaban el pelo blanco. La dermatoscopia mostró múltiples puntos negros junto a pelos peládicos, diagnosticándose el cuadro de efluvio telogénico para el pelo negro. Se inició tratamiento con clobetasol y minoxidil tópicos, mostrando buena respuesta clínica.

Comentario

La AA para cabellos negros y rubios es una forma rara de AA, también denominada de Santo Tomás Moro o de María Antonieta según si se afectan

varones o mujeres, respectivamente. Se trata de una AA difusa en la que se tiende a retener los cabellos grises o blancos (canicie súbita). En su patogenia podrían influir antígenos específicos de la melanogénesis. En general tiene un buen pronóstico, con una repoblación y repigmentación completa y rápida, a diferencia de lo que acontece en la AA típica cuyo pronóstico es incierto.

Lidia Sobrevias Bonells, Nerea Ormaechea Pérez, Adrià Panés Rodríguez, Arantxa López Pestaña, Susana Vildosola Esturo, Anna Tuneu Valls. Sección de Dermatología. Hospital Universitario Donostia.

Palabra clave: Pelo, alopecia areata.



MICOSIS FUNGOIDE FOLICULOTROPA: PRESENTACIÓN DE UN CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Introducción

La micosis fungoide foliculotropa (MFF) es una variante de micosis fungoide (MF) caracterizada por la presencia de infiltrados foliculotropos, que suelen respetar la epidermis, y afectan de forma preferente a cabeza y cuello.

Caso clínico

Varón de 62 años en seguimiento desde hacía 2 años por cuadro compatible con parapsoriasis en placa grande. Presentaba lesiones desde hacía 6 años, que controlaba con la aplicación de propionato de clobetasol (PC) crema. Desde febrero de 2012 el cuadro se hizo más difícil de controlar, con máculas y placas bien delimitadas, extensas, en tronco y extremidades; y placas tenues, mal delimitadas, en región facial. Se realizaron biopsias de las lesiones más infiltradas en mejilla y antebrazo y se inició tratamiento con PUVA. En el estudio histológico se observó un infiltrado linfocitario predominantemente perianexial, con abundantes depósitos de mucina en la dermis reticular compatible con lupus eritematoso. Se realizó tratamiento primero con hidroxycloquina y posteriormente con azatioprina, además de continuar con PC crema. Ocho meses después y a pesar del tratamiento, presentaba placas muy pruriginosas en los antebrazos. Una biopsia del antebrazo presentaba clonalidad en el estudio del TCR y fue diagnóstica de MF.

Presenta adecuado control de las lesiones con la combinación de PUVA, PC crema, terapia fotodinámica (TFD) y radioterapia local. Realiza seguimiento conjunto con la Unidad de Linfomas del Hospital Basurto.

Discusión y conclusiones

Dermatosis con infiltrados linfocitarios foliculocéntricos como el lupus eritematoso discoide forman parte del diagnóstico diferencial de la MFF. Pensamos que la presencia de placas micosis fungoide-like en el tronco y la ausencia inicial de lesiones foliculares en región facial ha dificultado la correcta correlación clínico-patológica.

La TFD puede conseguir una respuesta parcial de las lesiones de MFF, siendo un procedimiento no invasivo, sin toxicidad acumulada y con resultados cosméticos excelentes.

Gorka Ruiz-Carrillo Ramírez, José Javier Aguirre Anda*, Sonia Heras González, Amaia Urtaran Ibarzabal, Itziar Arrue Michelena, Izaskun Trébol Urra, Yolanda Olaizola Nogales y María Victoria Almeida Llamas de los Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica* del Hospital Universitario de Araba.

Palabra clave: Linfoma, diagnóstico.



SÍNDROME DE GRAHAM-LITTLE-PICCARDI-LASSEUR

Introducción

El síndrome de Graham-Little-Piccardi-Lasseur (SGLPL) es una enfermedad infrecuente caracterizada por la tríada de alopecia cicatricial progresiva del cuero cabelludo, alopecia no cicatricial axilar y pubiana, e hiperqueratosis folicular. Su etiopatogenia se desconoce y existe una gran controversia de su relación con el liquen plano. La mayoría de los autores lo consideran una variante infrecuente de liquen plano folicular por sus similitudes clínicas, histopatológicas y de inmunofluorescencia directa.

Caso clínico

Mujer de 34 años de edad que acude a consulta por la aparición de pápulas hiperqueratósicas foliculares en región submamaria y zona lumbar, alopecia de axilas y pubis y placas de alopecia en cuero cabelludo. Estas placas de alopecia presentaban abundante descamación superficial y tapones córneos.

Se realizaron biopsias que fueron compatibles con liquen plano pilar. Analíticamente destacaban ANAs positivos a título 1/160, ferritina 14 y vitamina D en niveles subóptimos.

Dada la presencia de alopecia de aspecto cicatricial en cuero cabelludo, alopecia de axilas e ingles, hiperqueratosis folicular diseminada por el tronco, lesiones clínicamente sugestivas de liquen plano en región frontal y biopsia compatible con liquen

plano pilar, se diagnosticó a la paciente de SGLPL. Se han llevado a cabo diversos tratamientos: ketoconazol tópico, corticoides tópicos y orales, infiltración de corticoides, antipalúdicos, hierro oral, vitamina D, inhibidores de la calcineurina tópicos, inhibidores de la 5 α -reductasa y ciclosporina oral.

Conclusiones

Presentamos un caso de SGLPL, entidad rara cuyo tratamiento es dificultoso y habitualmente insatisfactorio. De acorde a la evidencia científica disponible, hemos llevado a cabo diversos tratamientos tanto tópicos como orales, a destacar la ciclosporina y los inhibidores de la 5 α -reductasa.

Adrián De Quintana Sancho, María Isabel Martínez González, Vanesa Fatsini Blanch, Irene García Río, Ana Martínez de Salinas, Victoria Almeida Llamas, Palmira Malo Diez². Servicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica². Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz.



SARCOIDOSIS FAMILIAR

Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multiorgánica que con frecuencia afecta a la piel. Aunque la causa de esta enfermedad continúa siendo un enigma, estudios recientes han aportado luz respecto a su etiopatogenia. Parece existir un factor desencadenante (infección, traumatismo, etc) sobre una predisposición genética subyacente. Presentamos el caso de una familia gitana en la que varios miembros están afectados de esta enfermedad.

Caso clínico

Nuestras pacientes, M. Luisa y Sofía, dos primas hermanas de raza gitana de 43 y 39 años respectivamente, desarrollan lesiones de sarcoidosis cutánea sobre cicatrices antiguas de un accidente de tráfico común. Además M. Luisa es la hermana mayor de nueve hermanos, y 2 de sus hermanas padecen la enfermedad en su variante sistémica (con afectación pulmonar y esplénica).

Discusión

La sarcoidosis es una enfermedad crónica de origen desconocido que se caracteriza por la acumulación de linfocitos T activados y células monocleares formando granulomas epitelioides no caseificantes en los órganos afectados. Se cree que la causa es la exposición a un antígeno en sujetos genéticamente susceptibles, pero el

antígeno causal no se ha logrado identificar. Lo que parece un elemento clave en esta enfermedad es la formación de granulomas no caseificantes sobre un tejido previamente inflamado. Se han asociado diferentes mutaciones en varios cromosomas, según la población afectada (cromosoma 5 en afroamericanos o cromosoma 6 en familias alemanas por ejemplo), aunque parecen existir múltiples polimorfismos genéticos según los grupos poblacionales.

Presentamos el caso de esta familia de raza gitana en la que existe un factor genético claro y probablemente un factor desencadenante común añadido.

Ana M. Morales Callaghan¹, Ricardo Martín Marco¹, Rosa Baldellou Lasierra¹, M Luisa Zubiri Ara¹, Elena Del Valle Sánchez², David S. Rosero Cuesta². Servicios de Dermatología¹ y Anatomía Patológica². Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Palabra clave: Miscelánea



Lugar de la Reunión: Edificio de la Biblioteca Municipal -Sala Multiusos-
C/ Virgen del Río · TARAZONA (Zaragoza)